



MUNICÍPIO DE
Itaipulândia

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

ITAIPULÂNDIA

2025

Rua São Miguel do Iguaçu, 1891, Centro - CEP 85880-000 - Itaipulândia, Paraná, Brasil
CNPJ: 95.725.057/0001/64 - Fone: (45) 3559-8000

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Portaria Nº641 de 25 setembro de 2023.

Secretário Municipal da Saúde Itaipulândia, no uso de suas atribuições legais, nomeia os membros para comporem o Núcleo de Segurança do Paciente de acordo com as diretrizes da portaria nº 529/2013 – MS.

Composição do Núcleo de Segurança do Paciente

Coordenadora do Núcleo de Segurança do Paciente:

Maria Isabel de Freitas

Representantes da Divisão de Enfermagem:

Titular: Venice Teresinha Kotz

Suplente: Luciane Galdino Trentin

Representante da Divisão Médica:

Titular: Walter Hugo Orellana Hurtado

Suplente:

Representantes da Divisão de Farmácia:

Titular: Vagner Antunes

Suplente:

Representantes da Divisão de Odontologia:

Titular: Sandra Aparecida de Silva

Suplente:

Representantes do Programa de Assistência Emergencial:

Titular: Vanessa Betanin Pavinatto

Suplente:

Representante da Divisão de Nutrição:

Titular: Silvani Groth

Suplente:

Representante da Divisão do Serviço Social:

Titular: Jaqueline Silvetre

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Representante da Divisão de Psicologia:

Titular: Sandra Faccioni

Suplente:

Representante da Divisão de Fonoaudiologia:

Titular: Micheli Aparecida Soares

Suplente:

Representante da Divisão de Medicina e Segurança do Trabalho:

Titular: Cristiane de Souza

Representante do Serviço de Gestão de Materiais:

Titular: Cleiton Jose Tluszcz

Representante da Divisão de Vigilância Sanitária/Epidemiológica

Titular: Jocimeri Juliana Machado

Suplente:

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ORGANIZAÇÃO

ELABORAÇÃO:

Maria Isabel de Freitas : Enfermeira Núcleo de Segurança do Paciente.

REVISÃO E APROVAÇÃO:

Venice Kotz: Coordenadora Setor de Enfermagem

Silvani Groth: Setor de Nutrição

Walter Hugo Orellana: Representante da Divisão Médica/RT Atenção Primária

Micheli Aparecida Soares: Representante da Divisão de Fonoaudiologia

Sandra Aparecida de Silva: Representantes da Divisão de Odontologia

Sandra Faccioni: Representante da Divisão de Psicologia

Cristiane de Souza: Representante da Divisão de Medicina e Segurança do Trabalho

Cleiton José Tluszcz: Representante de Gestão de Enfermagem

Vanessa Betanin Pavinatto: Representantes do Programa de Assistência Emergencial

APROVAÇÃO:

Em 02 de julho, foi realizada a reformulação do Plano pelos membros do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), tendo sido aprovado pelo NSP e também pelo Secretário de Saúde, Fernando Antunes, garantindo a validação técnica e administrativa do documento.

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

1- Apresentação

Contextualização do Município e da Saúde em Itaipulândia

O município de **Itaipulândia**, localizado na região Oeste do Paraná, pertence à **9ª Regional de Saúde** e possui aproximadamente **12.116 mil habitantes**. Sua economia é sustentada principalmente pela agricultura, pecuária, compensação financeira da Usina Hidrelétrica de Itaipu turismo, e apresenta bons indicadores sociais e de desenvolvimento humano. O município foi emancipado em **1992**, com instalação administrativa em **1º de janeiro de 1993**, e desde então tem estruturado sua rede de serviços públicos com foco na qualidade de vida da população.

Na área da **Saúde Pública**, Itaipulândia se destaca pela organização e fortalecimento da **Atenção Primária à Saúde (APS)**, consolidando-se como referência regional em diversos indicadores do programa **Previne Brasil**. Nos últimos anos, o município conquistou colocações de destaque entre os melhores desempenhos da 9ª Regional, refletindo o comprometimento das equipes de saúde e da gestão municipal com a promoção, prevenção e cuidado integral.

A rede municipal de saúde é composta por diversas Unidades Básicas, Estratégias de Saúde da Família, Atenção Hospitalar e SAMU distribuídas para garantir o acesso da população aos serviços essenciais. As unidades atualmente em funcionamento contam com os seguintes representantes:

Relação dos enfermeiros representantes:

- UBS Santa Inês: Laura Ligiana Dias Szerwieski
- Centro de Saúde Geni Terezinha Basso: Juliana Maria Stanislawski Rigo, Cleiton José e Solange da Luz

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

- ESF Centro: Marisete da Rosa Dick
- UBS Caramuru: Suelini Colombo
- UBS Jacutinga: Venice Terezinha Kotz
- UBS São José do Itavó: Luciane Galdino Trentin
- SAMU: Vanessa Betanin Pavinatto

Nos últimos anos, o município tem investido em **infraestrutura e qualificação da rede de saúde**, com destaque para a construção de uma nova sede do SAMU para o ano de 2026 e planejamento de estrutura e melhorias em atenção primária e hospitalar, e implantação da Estação de Tratamento de Esgoto (ETE), que contribui diretamente para a melhoria das condições sanitárias e, consequentemente, para a saúde da população.

Esses avanços reforçam o compromisso do município com a **segurança e qualidade do cuidado**, fundamentais para a implementação do **Plano de Segurança do Paciente na Atenção Primária**. O histórico positivo e o desempenho consolidado da APS em Itaipulândia oferecem uma base sólida para o desenvolvimento de ações contínuas de segurança, vigilância de riscos e melhoria da assistência prestada aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

A atenção centrada na segurança do paciente se tornou um movimento mundial na assistência à saúde. A segurança do paciente é definida como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado em saúde (RUNCIMAN et al., 2009), sendo um componente crítico da qualidade dos cuidados de saúde e um pré-requisito para um atendimento de alta qualidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008a).

Cassiani (2005) afirma que a segurança do paciente compreende ações cuja finalidade é impedir, precaver e minimizar os desfechos adversos a partir da assistência à saúde.

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Dessa forma, os danos causados aos pacientes têm sido discutidos cada vez mais no âmbito hospitalar e não-hospitalar.

Eventos adversos relacionados à assistência são frequentes (em torno de 10%) na literatura mundial. No Brasil, pesquisa em três hospitais de ensino do Rio de Janeiro identificou uma incidência de 7,6% de pacientes com eventos adversos, sendo 66,7% destes com eventos adversos evitáveis (Mendes, 2009).

Esse contexto incentivou na última década a promoção de diferentes iniciativas para garantir cuidados de saúde mais seguros. Dentre elas, destaca-se a criação de programas de qualidade e segurança e monitoramento com base em indicadores.

Entende-se que a estratégia de maior amplitude em relação ao fortalecimento da segurança do paciente ocorrida no Brasil foi a criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), publicado em abril de 2013, por meio da Portaria MS/GM nº 529. Seu objetivo geral é contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, sejam eles públicos ou privados (BRASIL, 2013a).

Após a publicação da Portaria nº 529, pelo MS, em julho do mesmo ano, foi publicada a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2013, que estabelece a obrigatoriedade da criação de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) em estabelecimentos de saúde, sendo os NSP instâncias que devem promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente (BRASIL, 2013b). Uma das atividades dos núcleos é a elaboração do Plano de Segurança do Paciente (PSP) e o estabelecimento de protocolos de atendimento para prevenir as falhas de assistência. Para isso, o Ministério da Saúde disponibilizou seis protocolos de prevenção a eventos adversos (EA), (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013): Identificação do Paciente, Prática de Higiene das Mãos nos Serviços de Saúde, Cirurgia Segura, Prevenção de Úlceras (Lesões) por Pressão, Prevenção de Quedas e Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos.

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

1.10 que é o Núcleo de Segurança do Paciente

Segundo a RDC nº. 36/2013, o NSP é “a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente”, consistindo em um componente extremamente importante na busca pela qualidade das atividades desenvolvidas nos serviços de saúde. É função primordial do NSP a integração das diferentes instâncias que trabalham com riscos na instituição, considerando o paciente como sujeito e objeto final do cuidado em saúde. Isto é, o paciente necessita estar seguro, independente do processo de cuidado a que ele está submetido. Ainda, consiste em tarefa do NSP, promover a articulação dos processos de trabalho e das informações que impactem nos riscos ao paciente.

Os NSP devem ser estruturados nos serviços de saúde públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa.

Dentro do serviço de saúde, a direção é a responsável pela nomeação e composição do NSP, conferindo aos seus membros, autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente (PSP).

A conformação dos NSP deve estar de acordo com o tipo e a complexidade do serviço. Em unidades de Atenção Primária a Saúde de uma mesma região de saúde, por exemplo, o NSP pode ser único ou compartilhado entre várias unidades, conforme definição do gestor local, de acordo com o artigo 4º, parágrafo 2, da RDC nº. 36/2013.

O funcionamento dos NSP nos serviços abrangidos por essa RDC é compulsório, cabendo aos órgãos de vigilância sanitária local (municipal, distrital ou estadual) a fiscalização do cumprimento dos regulamentos sanitários vigentes.

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

2- Justificativa

O **Plano de Segurança do Paciente (PSP)** é o documento que expressa a relevância que a Segurança do Paciente possui na organização, por meio da definição de prioridades na implementação de práticas de segurança, na gestão de riscos e redesenho de processos, na identificação de estratégias que conectem a liderança e os profissionais da linha de frente do cuidado, nas necessidades de formação e de avaliação da cultura de segurança do paciente. Aponta situações de risco mais importantes e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando à prevenção e mitigação de incidentes em todas as fases de assistência ao paciente, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde” (BRASIL, 2013). O PSP é, em síntese, o planejamento estratégico para a segurança do paciente. Para tanto, é bastante adequado que seja parte integrante do plano estratégico da organização, baseando-se na missão, visão e valores do serviço de saúde (BRASIL, 2013).

O NSP é a instância responsável não somente pela elaboração, mas também pelo desenvolvimento e pela atualização do PSP do serviço de saúde. Para sua execução, sugere-se que o PSP se desdobre em diferentes planos de ação, que conterão as diretrizes operacionais com detalhamento em nível de atividades.

A elaboração do PSP é obrigatória, de acordo com a RDC nº. 36/2013. O PSP não é um documento cartorial e servirá como um roteiro para a liderança e para os profissionais estabelecerem e avaliarem ações para promover a segurança e a qualidade dos processos de trabalho nos serviços de saúde. O planejamento das ações deve ocorrer com o maior número possível de unidades e suas equipes, de forma a facilitar o processo de compreensão e posterior execução do plano pelos diversos atores envolvidos. Deve ser elaborado de tal forma que contenha ações de gestão de risco integrada, pautado na realidade local (BRASIL, 2013).

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

A implantação do PSP deve reduzir a probabilidade de ocorrência de EAs resultantes da exposição aos cuidados em saúde, devendo ser focado na melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde, na disseminação sistemática da cultura de segurança, na articulação e integração dos processos de gestão de risco e na garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde (BRASIL, 2013).

3- Introdução

Em conformidade com a Resolução RDC nº 36/2013 da ANVISA, o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) foi constituído e nomeado pela então Secretária Municipal de Saúde de Itaipulândia – Paraná, por meio da Portaria nº 641/2023, de 25 de setembro de 2023, que também aprovou o Regimento Interno responsável por organizar e estabelecer as diretrizes para o seu funcionamento.

Em julho de 2025, sob a gestão do atual Secretário Municipal de Saúde, Sr. Fernando Antunes, o Plano de Segurança do Paciente foi reavaliado, atualizado e aprovado, contemplando as adequações e melhorias necessárias para o biênio 2025–2026, mantendo a continuidade das ações e o compromisso com a segurança e a qualidade da assistência à saúde no município.

O Plano de Segurança do Paciente (PSP) da Atenção Primária à Saúde (APS) é constituído de ações de orientação técnico administrativos com foco primordial em prevenir a ocorrência de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência aos pacientes e aos profissionais da instituição. Desta forma estabelece estratégias e ações de gestão de risco para serem desenvolvidas e aplicadas pelos colaboradores/trabalhadores, prestadores de serviços, serviços de atendimento (Unidades Básicas de Saúde, E-multi, odontologia, administrativos, ouvidoria), serviços e apoio (laboratório), linhas assistenciais, coordenações, comissões, gerências, diretorias, comitês para:

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde, estimulando e apoiando a capacitação dos serviços e profissionais quanto o entendimento do gerenciamento dos riscos assistenciais em apresentações dos eventos adversos trimestrais para as equipes das linhas assistenciais.

Realizar ações educativas entre o NSP e APS.

Implementação e atualização de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde por meio de divulgação em campanhas educativas, elaboração de POPs específicos para cada protocolo de segurança do paciente como:

- POP de Higienização das mãos;
- POP de Identificação do Paciente,
- POP de Prevenção de Queda,
- POP de Prevenção de Úlcera por Pressão;
- POP de segura para prescrição, uso e administração de medicamentos;
- POP de cirurgia e Procedimento seguro;
- POP de Prevenção de riscos com acidentes com materiais perfuro cortantes;
- POP de limpeza e desinfecção de ambientes.

Bem como realizando ações educativas para equipes multiprofissionais de saúde e chefias dos serviços e setores para que os mesmos possam multiplicar o conhecimento. Este plano define que os protocolos de segurança do paciente sejam implementados na atenção primária são os relacionados às 6 metas e outros, como logo abaixo:

1. Identificação do paciente – Onde o NSP, irá estabelecer uma forma de melhoria no processo de identificação dos usuários, sendo no mínimo dois identificadores, onde o protocolo recomenda procedimentos de identificação segura.

2. Higiene das mãos – O NSP realizará ações educativas conforme atividades sobre as técnicas om sabonete líquido e com preparação alcoólica.

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

3.Segurança cirúrgica - Um checklist deverá ser elaborado e utilizado para os pacientes que realizam cirurgias odontológicas e a elaboração de folder informativo para ser entregue aos pacientes antes de fazer a cirurgia.

4.Segurança na prescrição - uso e administração de medicamentos e imunobiológicos na sala de vacina.

5.Prevenção de quedas, de lesão por pressão na população idosa e acamados.

6.Prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde; comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde; estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada; promoção do ambiente seguro

4 – Objetivo

O Plano de Segurança do Paciente tem por objetivo orientar e regulamentar as ações de segurança do paciente na Atenção Primária de Saúde. Inclui os processos de identificação das falhas, dos erros e dos eventos adversos provenientes da assistência direta e indireta prestada aos pacientes atendidos em cada linha, bem como o tratamento destas ocorrências.

4.1 Objetivos Específicos

- Ações para a gestão de risco no serviço de saúde;
- Integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;
- Identificação e avaliação de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;
- Elaboração, implantação, divulgação e atualização do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

- Acompanhamento das ações do Plano;
- Implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente;
- Monitoramento dos seus indicadores;
- Estabelecimento de barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;
- Implementação de programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde;
- Análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos;
- Divulgação dos resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos;
- Notificação dos eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- Guarda das notificações de eventos adversos;
- Acompanhamento dos alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

5. Termos e Definições

Para o correto entendimento dos termos utilizados no PSP, as definições abaixo devem ser consideradas, com base na Resolução 36/2013 e Relatório Técnico OMS 2009 (Classificação Internacional sobre Segurança do Paciente).

- **Incidente:** Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.
- **Evento Adverso:** Incidente que resulta em dano ao paciente. Evento Sentinela: ocorrência inesperada ou variação do processo envolvendo óbito, qualquer lesão física grave (perda de membro ou função) ou psicológica, ou risco dos mesmos. Assinalam necessidade de investigação imediata bem como sua resposta.

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

- **Segurança do Paciente:** Redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.

- **Gestão de Risco:** Aplicação sistêmica e contínua de iniciativas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.

- **Dano:** comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.

- **Cultura de Segurança:** conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde.

- **Risco:** Probabilidade de um incidente ocorrer;

- **Circunstância notificável:** Incidente com potencial dano ou lesão;

- **Incidente sem lesão:** Incidente que atingiu o paciente, mas não causou dano;

- **Farmacovigilância:** é o trabalho de acompanhamento do desempenho dos medicamentos que já estão no mercado. As suas ações são realizadas de forma compartilhada pelas vigilâncias sanitárias dos estados, municípios e pela ANVISA.

- **Tecnovigilância:** é o sistema de vigilância de eventos adversos e queixas técnicas de produtos para a saúde (equipamentos, Materiais, Artigos Médicohospitalares, Implantes e Produtos para Diagnóstico de Uso "in-vitro"), com vistas a recomendar a adoção de medidas que garantam a proteção e a promoção da saúde da população.

- **Near miss:** Os quase-erros ou near miss são os eventos que não atingiram o paciente, porque alguém detectou o erro precocemente.

- **Never events:** são incidentes graves e evitáveis na área da saúde que resultam em morte ou dano sério ao paciente. Eles são chamados de "eventos que nunca devem ocorrer" porque

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

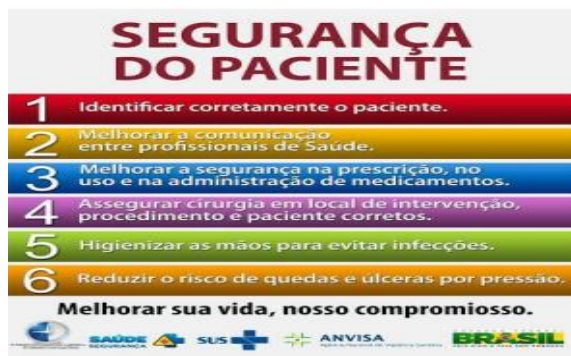
são considerados falhas inaceitáveis que deveriam ser prevenidos com ações de segurança e processos bem estruturados. Exemplos comuns incluem cirurgia no local errado, deixar um objeto estranho dentro do corpo após uma cirurgia, ou lesões por pressão graves.

6. Núcleo de Segurança do Paciente:

O Núcleo de Segurança do Paciente da Atenção Primária em Saúde foi fundado em 25 de setembro de 2023 e o seu decreto foi publicado em Diário Oficial 26 de setembro de 2023. Suas ações são baseadas nas Portarias Portaria MS nº 529, de 1 de abril de 2013, RDC - 36, de 25 de julho de 2013 e RDC - 53, de 14 de novembro de 2013 e serão registradas em atas a partir de suas primeiras reuniões com cronograma a definir. O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) é um núcleo autônomo e deliberativo, de assessoria à Secretaria Municipal de Saúde. e exerce a função de órgão consultor, tendo suas ações descritas em regimento interno. Em 2025 foi iniciado ações de informações, e o planejamento para o ano de 2026, levando-se em consideração as seis metas de Segurança e Qualidade pela Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde, sendo elas:

1. Identificar os pacientes corretamente;
2. Melhorar a comunicação entre as equipes;
3. Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos.
4. Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e pacientes corretos.
5. Higienização das mãos para reduzir os riscos de infecções;
6. Reduzir os riscos de lesões decorrentes de quedas e lesões por pressão;

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE



7. Gestão da Qualidade na APS

A qualidade na atenção à saúde envolve tanto aspectos objetivos e mensuráveis quanto percepções subjetivas sobre os serviços prestados, sendo ambos interdependentes. No contexto do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) da Atenção Primária à Saúde (APS), qualidade pode ser entendida como o conjunto de características de processos e serviços que garantam segurança, efetividade e confiabilidade no cuidado ao paciente (DONABEDIAN, 1994).

A ABNT NBR ISO 9001:2015, norma de Sistema de Gestão da Qualidade, recomenda que processos críticos sejam mapeados, mostrando sua sequência e interação, e que sejam implementadas ações para melhoria contínua. Para o NSP, isso significa mapear todos os processos relacionados à segurança do paciente na APS, facilitando a comunicação entre equipes, identificando falhas e criando oportunidades para melhorias contínuas.

A elaboração de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) analisados pelo NSP representa um avanço importante, alinhando práticas e protocolos e fortalecendo a comunicação entre profissionais e setores envolvidos no cuidado ao paciente.

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Além disso, a norma enfatiza que a melhoria contínua deve ser sustentada pelo uso da política da qualidade, definição de objetivos específicos, análise de dados, auditorias, ações corretivas e preventivas, e avaliação crítica pela gestão. Para o NSP da APS, isso se traduz em acompanhar indicadores de segurança do paciente, revisar protocolos e atualizar processos conforme necessidades detectadas.

Para o período 2025/2026, espera-se que o NSP da APS continue avançando na gestão da qualidade, consolidando a modelagem de seus processos, aprimorando as instruções de trabalho e fortalecendo uma cultura de segurança centrada no paciente.

8. Relação do Núcleo do Paciente com os Macroprocessos e Microprocessos da APS

Implementar as práticas de segurança do paciente na atenção primária à saúde (APS) são desafios para reduzir, a um mínimo aceitável, os riscos de dano desnecessário, associados ao cuidado em saúde, frente à população do território. A construção social da APS é uma metodologia prática de reorganização dos processos que envolvem as demandas da atenção primária, que utiliza da metáfora da edificação da casa da APS para construir socialmente cada tipo de perfil de oferta (MENDES, 2019).

E onde está a segurança do paciente na casa da APS? Na verdade, ela não é um macroprocesso, mas perpassa por toda a casa. Ela é transversal aos macros e microprocessos e está principalmente localizada no alicerce desta construção nos microprocessos básicos da APS, que são aqueles que garantem condições para a prestação de serviços de qualidade, especialmente no aspecto da segurança das pessoas usuárias.



SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Os microprocessos básicos são:

- recepção, acolhimento e preparo;
- vacinação;
- curativo;
- farmácia;
- coleta de exames;
- procedimentos terapêuticos;
- higienização das mãos;
- higienização e esterilização de equipamentos e ambientes;
- e gerenciamento de resíduos

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Sabendo da efetividade da construção social da APS como metodologia para organizar os serviços de atenção primária, é fundamental conhecer e identificar as metas de segurança do paciente nos macros e microprocessos. Esse conhecimento é essencial para a implantação e disseminação de uma cultura de segurança do paciente entre profissionais de saúde e usuários, com o objetivo de reduzir a ocorrência de danos evitáveis e tornar os erros menos prováveis nos cuidados prestados na APS.

As práticas assistenciais na APS precisam ser cada vez mais seguras, estabelecendo mecanismos que previnam erros e promovam um cuidado estruturado e centrado nas pessoas. Durante a construção dos macros e microprocessos, é fundamental envolver as equipes nos princípios e práticas de segurança do paciente, planejando e operacionalizando processos e percursos de cuidado que garantam segurança, efetividade e qualidade em cada atendimento.

9. Ferramentas de Qualidade

São técnicas utilizadas para definir, mensurar e analisar e propor soluções para os problemas que interferem no bom desempenho dos processos de trabalho das equipes de saúde, portanto para fortalecer a cultura de segurança do paciente precisamos dessa ferramenta da gestão de qualidade.

Ciclo PDSA A exemplo da estrutura do ciclo PDCA, que prevê etapas de planejar, fazer, checar e agir, também conhecido como ciclo de Shewart ou Deming, o ciclo PDSA espelha o conceito de que a avaliação constante dos processos é a chave para o sucesso de qualquer organização (ONA, 2017). O ciclo PDSA é um método de gestão de processos. É um método gerencial de tomada de decisões para garantir o alcance das metas necessárias à sobrevivência da organização (ONA, 2017). O acrônimo designa os elementos que compõem sua estrutura, a saber: P (Plan – etapa planejar), D (Do – etapa fazer), S (Study – etapa estudar) e A (Act – etapa agir). Ao identificar uma oportunidade de melhoria, podemos começar o planejamento do nosso ciclo



5W2H

De forma geral o 5W2H representa um conjunto de atividades que precisam ser desenvolvidas com extrema clareza por toda a equipe. Define o que será feito, quem fará o quê, em qual período de tempo, em qual área, todos os motivos pelos quais esta atividade deve ser feita e qual o custo recairá para a empresa (ONA, 2017).Elaboração do Plano de Segurança do Paciente, com base na metodologia 5W2H.

O **5W2H** é uma metodologia de gestão que consiste em um checklist com sete perguntas para planejar ações e projetos de forma clara e objetiva. As perguntas são: **What (O quê)**, **Why (Por quê)**, **Where (Onde)**, **When (Quando)**, **Who (Quem)**, **How (Como)** e **How much (Quanto)**. O objetivo é detalhar o plano de ação para garantir que todos os envolvidos entendam seu papel, os prazos e os recursos necessários, aumentando a eficiência e reduzindo falhas



SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

QUESTÕES	PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE
O quê?	O que será feito? Quais as ações a serem desenvolvidas?
Quem?	Quem será o responsável pela implantação e condução das ações?
Por quê?	Por que será feito? Qual a justificativa e qual o resultado esperado?
Onde?	Onde será feito? Onde a ação será desenvolvida? Qual a abrangência?
Quando?	Quando será feito? Qual o prazo, as datas para início e término?
Como?	Como será feito? Como a ação será implementada? Qual o passo a passo? Qual a metodologia a ser utilizada?
Quanto?	Quanto custará? Análise do investimento a ser realizado (não se restringe a investimento financeiro)



FONTE: Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Anvisa, 2016

Então com o intuito de tomada de decisão e propor soluções o Núcleo de Segurança do Paciente utiliza a forma de ferramenta de qualidade o ciclo PDCA o método de tomada de decisões para garantir o alcance das metas necessárias, buscando assim por meio de toda essa equipe elaborar o plano de ação, utilizando o método 5W2H que representa um conjunto de atividades que define o que será feito, quem fará o quê, em qual período de tempo, em qual área, todos os motivos pelos quais esta atividade deve ser feita e qual o custo. O cadastro da instituição também foi efetuado, para que as notificações de eventos adversos sejam lançadas e por meio da análise das notificações dos eventos notificados na **NOTIVISA**, será dimensionado quais os principais riscos assistenciais elaborando assim o plano de ação que podem envolver treinamentos, divulgando conceitos de qualidade e segurança e também promovendo algumas ações e modificações no processo assistencial e para isso o núcleo terá reuniões bimestrais, para

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

fazer essa análise. Objetivando que todos os profissionais sejam engajados na análise dos eventos, sendo até possível participação de pessoas de fora do núcleo para buscar novas soluções, realizando um retorno no núcleo e na equipe usando assim a transparência, dando assim um retorno do que foi elaborado.

10. Incidentes e Eventos Adversos

Os incidentes e eventos adversos devem ser notificados monitorados e investigados com análise crítica e ações para melhoria. Eventos Adversos com óbitos devem ser comunicados à ANVISA com até **72 horas** de evolução pelo NOTIVISA. Por meio de conhecimento de epidemiologia dos eventos adversos da instituição é possível construir sistemas mais seguros. Quanto maior for o número de notificações, maior é a possibilidade de a instituição formular meios para minimizar os riscos relacionados à assistência em saúde. Cada profissional de saúde, colaboradores em geral e usuários poderão notificar incidentes eventos adversos. Os profissionais farão por meio do impresso ou QRcode que será repassado ao enfermeiro da Instituição onde o mesmo realizara a notificação online no sistema **NOTIVISA**. Os usuários poderão notificar direto no setor da ocorrência junto a profissionais de saúde ou por meio da ouvidoria que notifica por escrito. Todos os setores deverão ter disponível impresso de notificação de Eventos Adversos.

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

10.1 Tipos de Eventos Relativos à APS

- Relativos a fármacos;
- Relativos a equipamentos e artigos hospitalares;
- Relativos a saneantes;
- Relativos a riscos ambientais;
- Relativos as 6 metas e assistenciais: (Lesão por pressão, Queda, Cirurgia em local errado, Erros de medicação, Erros de identificação, e outros.)
- Relativos à violência.

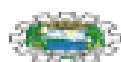
10.2 Identificação/Notificação dos Eventos Adversos

A identificação dos eventos adversos pelo NSP ocorrerá por meio do preenchimento das notificações realizadas pelos colaboradores. Também serão identificados incidente e/ou EA por meio de busca ativa, via ambiente virtual com leitura feita por Qrcode (esse processo em implantação). Durante as auditorias, os funcionários NSP deverão dirigir-se aos funcionários do setor para receber informações de eventos que possam ter ocorrido e por vezes não notificados pelos funcionários.

Segue a abaixo formulário utilizado para notificação de eventos adversos, ocorrências de riscos e incidentes.



SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE



FORMULÁRIO DE NOTIFICAÇÃO DO INCIDENTE/EVENTO ADVERSO		
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO INCIDENTE/EVENTO ADVERSO		
Local de Ocorrência:		
Data da Ocorrência: ____/____/____		Horário da Ocorrência: ____:____
Local de ocorrência na UBS ☐ Consultório ☐ Laboratório ☐ Farmácia ☐ Atendimento Administrativo ☐ Sala de procedimento ☐ Outros		
Período da ocorrência: ☐ Manhã ☐ Tarde ☐ Noite		
Evento envolveu: ☐ Paciente ☐ Trabalhador ☐ Outros:		
Nome do envolvido:		
Data de nascimento:		Sexo:
O que aconteceu?		
Qual o tipo de incidente/evento adverso ocorrido? ☐ Houve um incidente, mas não chegou a atingir paciente; ☐ Houve um incidente, que atingiu o paciente, mas não lhe causou danos; ☐ Houve um incidente, que atingiu o paciente e lhe causou dano ☐ Outros		
Existiu dano ao paciente? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não classificável. Se Sim, qual dano? ☐ Dano mínima (com recuperação até um mês) ☐ Dano Permanente ☐ Dano moderado (recuperação entre um mês e um ano) ☐ Óbito		
Evento envolvendo material médico-hospitalar ☐ Sim ☐ Não. Se sim preencha abaixo.		
Tipo de material:		
Registro ANVISA:	Nº Lote:	Data de fabricação: ____/____/____
Fabricante:	CNPJ:	Data de validade: ____/____/____
O material apresentava alguma alteração? Existe outro material com problema?		
Evento envolvendo equipamento: ☐ Sim ☐ Não. Se sim preencha abaixo:		
Tipo de equipamento:		
Modelo:	Nº de Série Garantia: ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorado	
Manutenção preventiva: ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorado. Se sim, data da última:		
Evento envolvendo assistência ☐ Sim ☐ Não. Se sim preencha abaixo.		
Tipo de evento? ☐ Queda ☐ Lesão ☐ Infecção ☐ Perda de sonda/cateter ☐ Falta de material ☐ Falta de medicação ☐ Outros		
Evento envolvendo medicamentos ☐ Sim ☐ Não. Se sim preencha abaixo:		
Qual o medicamento envolvido?		
Nº Registro ANVISA:	Nº Lote:	Data de fabricação: ____/____/____
Fabricante:	CNPJ:	Data de validade:
Existe suspeita de reação adversa? ☐ Sim ☐ Não. Se sim, duração da reação adversa:		
Dose prescrita:	Via de administração:	Apresentação:
Existe suspeita de interação medicamentosa? ☐ Sim ☐ Não. Se sim, cite outros medicamentos utilizados:		
Observações:		



SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

10.3 Investigação dos Eventos Adversos

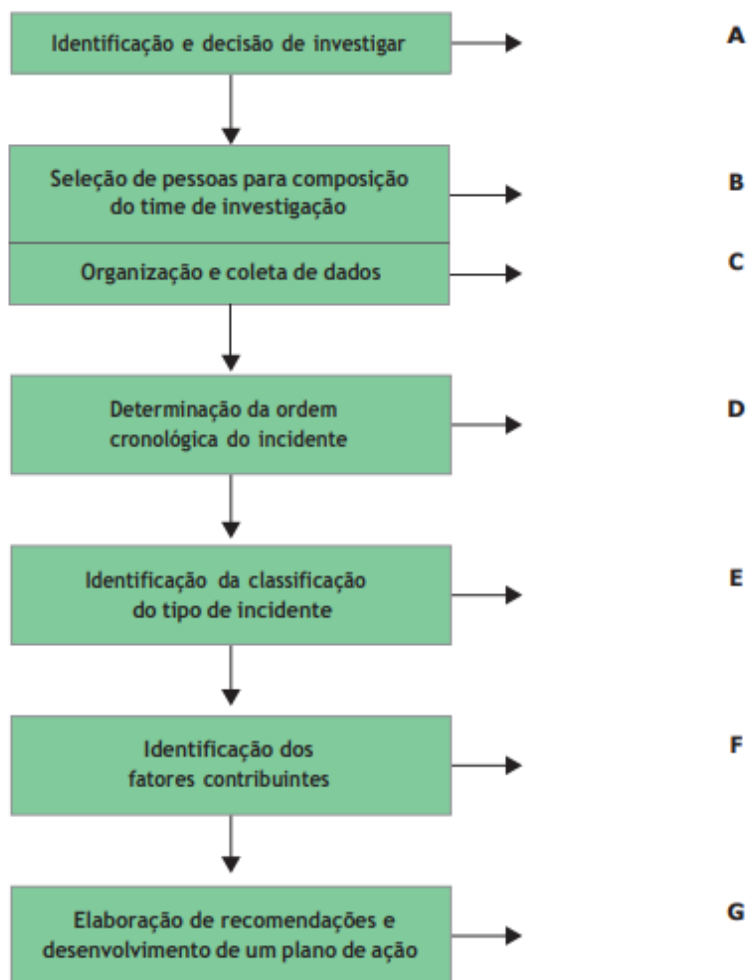
Logo após ciência do evento inicia-se o processo de investigação, que deve ser conduzido de modo a fazer transparecer pontos críticos do processo que levaram ao incidente/evento adverso, sem procurar culpados. Lembra-se que o funcionário do setor no qual ocorreu o incidente pode não ser aquele envolvido no incidente. O cuidado deve ser redobrado para preservar os funcionários e os envolvidos com o incidente/evento adverso. As seguintes etapas devem ser seguidas para a condução da investigação do incidente e análise de processos:

1. Identificação e decisão de investigar;
2. Seleção de pessoas para composição do time de investigação;
3. Organização e coleta de dados;
4. Determinação da ordem cronológica do incidente;
5. Identificação das características do incidente;
6. Identificação dos fatores contribuintes;

7. Elaboração de recomendações e desenvolvimento de um plano de ação. O fluxograma da Figura abaixo (Implantação do Núcleo de Segurança do paciente em Serviços de Saúde BRASIL, 2016) mostra as etapas que integram a investigação na abordagem do risco.

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Fluxograma para a investigação de incidentes e análise de processos.



Fonte: Adaptado de: Taylor- Adams S, Vincent C.; 2004³⁷

Uma vez notificado o incidente deve ser avaliado quanto à sua natureza e classificação por meio dos protocolos publicados pelo ministério da saúde, por meio das terminologias adotadas pelo ministério da saúde e/ou por taxonomia descrita pela Organização Mundial de Saúde pela

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

gerencia de risco conforme definição da ANVISA das atribuições dos serviços que compõe a Rede Sentinela. Frente à necessidade de dar atenção a todas as ocorrências notificadas, seja elas eventos adversos ou quase erros somadas à quantidade de eventos notificados, as investigações dos eventos adversos são classificadas em 3 níveis de investigação:

Elaboração de recomendações e desenvolvimento de um plano de ação;

- ✓ Identificação dos fatores contribuintes;
- ✓ Identificação da classificação do tipo de incidente;
- ✓ Determinação da ordem cronológica do incidente;
- ✓ Identificação e decisão de investigar;
- ✓ Seleção de pessoas para composição do time de investigação
- ✓ Organização e coleta de dados.

Investigação Concisa é realizada para os eventos adversos e Incidentes classificados como Near Miss e/ou Leves. Quanto aos fatores contribuintes é aplicada análise de causa raiz (ACR), utilizando os 5 por quês. Observa-se que para investigação deste evento utiliza-se ferramentas simples e todas as informações são fornecidas exclusivamente pelo notificador. Quem realiza são os profissionais dos times assistenciais (gestor da unidade).

Investigação Compreensiva é realizada quando os Incidentes classificados como Dano Moderado. Eventos Gerenciados são classificados: Tipo de Evento, Fatores Contribuintes. Classificação específica nos eventos gerenciados Ferramentas para investigação: formulário estruturado, 5 Porquês, Entrevista, revisão de prontuário. Não é realizada pela equipe envolvida no evento, (equipe especializada e/ou profissionais dos times assistenciais). Análise: considera frequência e gravidade, retroalimenta protocolos institucionais e indicadores. Este nível de investigação é realizado pela equipe de gerenciamento de riscos e NSP especializado.

As Investigação Independentes são realizadas quando os incidentes ou eventos adversos são classificados como Graves, Catastróficos, Never Events. Neste caso deve-se classificar o tipo de evento e as causas utilizando as ferramentas de Investigação: ferramentas



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

como: Ishikawa, entrevistas, parecer de especialista, entre outros. Esta investigação deverá ser conduzida por equipe independente do setor de ocorrência, como o Núcleo de Segurança do Paciente e equipe do setor de gerenciamento de riscos.

Segue abaixo formulário utilizado para investigação de eventos adversos, ocorrências de riscos e incidentes.

MUNICÍPIO DE Itaipulândia	
FORMULÁRIO DE INVESTIGAÇÃO DO INCIDENTE/EVENTO ADVERSO	
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO INCIDENTE/EVENTO ADVERSO	
Local de Ocorrência na UBS: _____	
Data da Ocorrência: ____/____/____	Horário da Ocorrência: ____:____
Período da Ocorrência: ☐ Manhã ☐ Tarde ☐ Noite	
Evento Ocorreu: ☐ Paciente ☐ Trabalhador ☐ Outros	
Nome do paciente: _____	
Data de nascimento: ____/____/____	Sexo: _____
Nome do trabalhador: _____	
Data de nascimento: ____/____/____	Sexo: _____
Equipe de investigação: ☐ Membro NSP ☐ Membro Diretoria ☐ Gestor UBS ☐ Membro UBS	
Qual o fator contribuinte para o incidente/evento adverso ocorrido? ☐ Falha na comunicação com o paciente ☐ Falha na comunicação na rede de atenção ☐ Falha na comunicação interprofissional ☐ Falha na gestão ☐ Falha no cuidado ☐ Falha de infraestrutura ☐ Outro: _____	
Evento envolvendo material médico-hospitalar ☐ Sim ☐ Não. Se sim preencha abaixo	
O que aconteceu? _____	
Protocolos para utilização? ☐ Sim ☐ Não. Se sim descreva abaixo	
O material apresentava alguma alteração? ☐ Sim ☐ Não. Se sim, a quanto tempo?	
Ações Realizadas: _____	
Evento envolvendo equipamento ☐ Sim ☐ Não. Se sim preencha abaixo.	
O que aconteceu? _____	
Protocolo de Manutenção preventiva: ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorado. Se sim, data da última: _____	
Protocolos para utilização? ☐ Sim ☐ Não. Se sim descreva abaixo	
Ações Realizadas: _____	
Evento envolvendo assistência ☐ Sim ☐ Não. Se sim preencha abaixo.	
O que aconteceu? _____	
Ações Realizadas: _____	
Evento envolvendo medicamentos ☐ Sim ☐ Não. Se sim preencha abaixo.	
O que aconteceu? _____	
Protocolos para utilização? ☐ Sim ☐ Não. Se sim descreva abaixo	
Protocolo de educação continuada? ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorado. Se sim, data da última: _____	
Entrevista com os envolvidos: ☐ Sim ☐ Não. Se não cite o entrevistado: Observações: _____	
Entrevista com os envolvidos: ☐ Sim ☐ Não. Se não cite o entrevistado: Observações: _____	

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

10.4 Plano de Ação e Recomendações

O próximo e último passo é gerar as recomendações e promover as estratégias para abordar as fraquezas do sistema detectadas. O plano de ação deve ser elaborado e incluir as seguintes informações:

- Priorização dos fatores contribuintes em termos de importância para a falha no processo;
- Lista das ações voltadas para os fatores contribuintes;
- Identificação dos responsáveis pela implantação das ações;
- Identificação do tempo necessário para a execução;
- Identificação dos recursos necessários;
- Evidências de que cada etapa foi cumprida;
- Identificação do tempo de avaliação da efetividade do plano de ação.

Alguns incidentes, incluindo EA, poderão necessitar de um maior tempo de investigação além de grande mudança local, com envolvimento de maiores recursos econômico e de infraestrutura. Por isso, para promover a mudança, é importante que as recomendações estejam sob comando de um pequeno grupo, time local, departamento ou direção, com o apoio da direção e gestores para que as mudanças sejam relevantes para a área, promovendo a aprendizagem e o envolvimento de toda a equipe. Indiretamente se alcança a promoção da cultura do paciente ao visualizar ações positivas e retorno sobre a investigação do incidente em serviços de saúde.

11. Indicadores de Segurança

A incorporação da cultura de gerenciamento de riscos por cada serviço de atendimento da APS deverá ocorrer por meio de encontros educativos para divulgação do Programa Nacional de Segurança do Paciente e para conhecimento acerca do gerenciamento de riscos. Serão feitas visitas técnicas na APS para conhecimento dos indicadores já trabalhados e discussões para

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

implantação de novos indicadores de qualidade e segurança e dos pacientes, ou seja, cada serviço deverá quantificar os indicadores de produção relacionados à qualidade do atendimento e segurança do paciente. Muitos indicadores relacionados abaixo são realizados pelos serviços, porém todos serão discutidos com cada unidade de produção dos serviços que geram estes indicadores para análise do NSP quanto as necessidades de implantação e/ou acompanhamento, ou seja, são indicadores que se pretende discutir para realizar o levantamento. Os setores e serviços deverão quantificar e analisar seus indicadores utilizando o sistema estratégico conforme capacitação recebida, pois o sistema permite a realização de todo o ciclo de gestão da qualidade. A seguir os indicadores sugeridos que se pretende implantar:

- Indicadores de prevenção e controle de infecção
- Indicadores de medicamentos
- Indicadores de Gineco-obstetrícia
- Indicadores de anestesia e cirurgia
- Indicadores Clínicos
- Incidência de quedas de idosos e acamados.
- Incidência de Lesão por pressão (LPP);
- Número de eventos adversos por falhas na identificação do paciente;
- Taxa de adesão ao checklist de cirurgia segura

12 – Quadros do Plano de Segurança do Paciente da SMS: Ações Estratégicas e Monitoramento

Objetivo: Estruturar o NSP da SMS e difundir a cultura de segurança do paciente					
Ação	Método	Área Responsável	Prazo	Áreas Envolvidas	Monitoramento
1. Cadastrar o NSP da SMS junto a ANVISA	Preenchimento de documentação junto a ANVISA	NSP	Concluído abril 2025	- NSP - Secretaria da Saúde	Documento de cadastro finalizado com disponibilização ao NSP de senha do NOTIVISA
2. Informatizar a notificação	QRCode	Administrativo HMI	Em processo	- NSP - Administrativo HMI	Evidência de disponibilização da notificação eletrônica
3. Realizar gestão pró ativa de riscos	Visitas Técnicas(<i>checklist</i>)	NSP	Visitas mensais de acordo com cronograma definido em reuniões ordinárias do NSP	- NSP - Unidades de Saúde	Entrega de relatórios após cada visita ao gestor da unidade com acompanhamento do plano de melhorias
4. Avaliar a cultura de segurança nas unidades de saúde	Aplicação de instrumento validado nas unidades de saúde	NSP	Até fevereiro 2026	- NSP - Unidades de Saúde	Entrega de relatório com compilação dos dados
5. Manter plano de segurança do paciente atualizado	Revisão e acompanhamento do plano de segurança do paciente	NSP	Revisão a cada 2 anos	- NSP - Unidades de Saúde	Evidência de publicação a cada 2 anos ou quando necessário
6. Manter plano de gerenciamento de resíduos atualizado	Revisão e acompanhamento do plano de gerenciamento de resíduos	Gerenciamento de resíduos	Revisão a cada 01 ano	- Gerenciamento de Resíduos - Unidades de Saúde	Evidência de publicação a cada 01 ano
7. Manter atualizado o plano de prevenção e controle de infecções	Revisão e acompanhamento do plano de controle de infecções	NSP	Revisão a cada 2 anos	- Unidades de Saúde	Evidência de publicação a cada 2 anos



8. Manter manual de POPs atualizados	Revisão e divulgação do manual de POPs	Divisão de Enfermagem	Revisão a cada 2anos	- Divisão de Enfermagem - NSP/	Evidência de publicação a cada 2anos
9. Elaborar/manter atualizado o protocolo de acolhimento e os protocolos dos programas (saúde da mulher, saúde da criança, saúde mental, saúde do idoso, práticas integrativas, doenças crônicas, odontologia, SAD, SAMU, doenças infecto contagiosas, entre outros...) seguindo as diretrizes das metas e protocolos de segurança do paciente.	Revisão e acompanhamento do protocolo de acolhimento e dos protocolos dos programas	- Responsáveis pelos respectivos programas/protocolos na SMS	Revisão a cada 2anos	- Responsáveis pelos respectivos programas/protocolos SMS - NSP - Unidades de Saúde	Evidência de publicação a cada 2 anos ou quando necessário
10. Promover ações de Segurança do Paciente em Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família	1) Reuniões com os representantes das equipes para levantamento das necessidades 2) Execução do plano de ação	NSP	Até fevereiro 2026	- NSP - Unidades de Saúde	1) Atas das reuniões 2) Listas de presença com evidência de execução do plano de ação

Objetivo: Identificação do Paciente					
Ação	Método	Área Responsável	Prazo	Áreas Envolvidas	Monitoramento
1. Padronizar a identificação de pacientes com 2 identificadores	Elaborar e revisar procedimentos operacionais sobre identificação, incluindo conferência de nome completo + data de nascimento (ou outro identificador confiável).	NSP	Revisão a cada 2 anos	Representantes das UBS (médico, enfermeiro, odontologia, farmácia) saúde mental, especialidades	Evidência de publicação do protocolo e registro da revisão
2. Identificação de pacientes ambulatoriais	Inserir foto do paciente no Sistema SigSaúde quando possível; sempre conferir documento com foto no atendimento.	NSP / Informática	Até Primeiro Quadrimestre de 2026	Unidades de Saúde	Percentual de cadastros com foto disponível; auditoria de conferência de dados cadastrais
3. Identificação de pacientes na Saúde Mental	Reuniões com a equipe de saúde mental para definir método mais seguro (pulseira, crachá, ficha de identificação, prontuário).	NSP / Equipe Saúde Mental	Abril/2026	Unidades de Saúde	Atas de reuniões; implementação das medidas acordadas
4. Identificação de pacientes em procedimentos odontológicos e pequenos procedimentos.	Uso obrigatório de checklist de procedimento seguro; confirmação de identidade antes do início.	NSP / Unidades de Saúde	Abril/2026	Unidades de Saúde, Odontologia	% de procedimentos com checklist corretamente preenchido
5. Identificação de pacientes alérgicos	Centralizar informações sobre alergias no SigSaúde e em prontuários físicos; sinalizar prontuário com alerta visível.	NSP / Unidades de Saúde / Informática	Até Primeiro Quadrimestre de 2026	Unidades de Saúde	% de pacientes com alergias registradas corretamente; conferência em auditoria trimestral
6. Orientação e capacitação contínua das equipes	Treinamentos semestrais sobre importância da identificação correta, checagem de dois identificadores e prevenção de eventos adversos.	NSP / Educação Permanente	Até Primeiro Quadrimestre de 2026	Unidades de Saúde	Lista de presença; relatórios de capacitação e avaliação de conhecimento

7. Participação dos ACS durante visitas domiciliares	Orientar familiares e pacientes sobre conferência de identidade, verificação de pulseira ou cadastro, prevenção de erros de medicação.	NSP / ACS	Até Primeiro Quadrimestre de 2026	Programa Saúde da Família/ Atenção Domiciliar	Relatórios das visitas com registro de orientações realizadas
--	--	-----------	-----------------------------------	---	---



Objetivo: Melhorar a comunicação entre os Profissionais de Saúde					
Ação	Método	Área Responsável	Prazo	Áreas Envolvidas	Monitoramento
1. Padronizar a comunicação entre unidades de saúde, hospital e SAMU	Elaborar/revisar procedimentos operacionais padronizados para comunicação efetiva (telefone, rádio, sistema eletrônico, relatórios de intercorrências). Criar fluxogramas claros de envio de informações críticas.	NSP	Dezembro/2025	Representantes das UBS (médico/enfermeiro/farmacêutico/odontólogo), Hospital, SAMU	Evidência de registro de comunicação durante visitas técnicas e auditorias; checklist de fluxo de comunicação implementado
2. Definir fluxo de comunicação de riscos	Elaborar fluxo de comunicação a partir de notificações ou alertas de órgãos de vigilância: farmacovigilância, tecnovigilância e vigilância de saneantes. Estabelecer responsáveis por repasse, registro e resposta rápida.	NSP	Dezembro/2025	Divisão de Enfermagem, Farmácia, Médica, Odontologia	Planilha de acompanhamento de alertas recebidos e ações tomadas; tempo médio de resposta aos alertas
3. Implantar comunicação segura em situações críticas	Uso de protocolos para a troca de plantão e casos complexos.	NSP / Educação Permanente	Dezembro/2025	Unidades de Saúde, Hospital, SAMU	% de situações críticas comunicadas com SBAR; auditorias periódicas em registros de plantão
4. Fortalecer a cultura de segurança do paciente	Desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade dos serviços. Realizar campanhas de conscientização, reuniões temáticas e painéis informativos.	NSP	Permanente	Todas as unidades de saúde	Listas de presença, material educativo distribuído, evidência de campanhas realizadas
5. Criar canais de feedback e comunicação contínua	Implementar sistema de registro de sugestões, ocorrências e feedback entre	NSP	Permanente	Todas as unidades de saúde	Nº de feedbacks recebidos e tratados; tempo médio de resposta

	equipes via planilhas, aplicativos ou reuniões periódicas e QR code				
6. Integrar equipes multiprofissionais	Realizar reuniões mensais entre médicos, enfermeiros, dentistas, farmácia e ACS para discutir casos críticos, incidentes e melhorias.	NSP	Permanente	Todas as unidades de saúde	Atas de reuniões; registro de planos de ação implementados
7. Utilizar TICs para comunicação segura	Implementar e treinar equipes no uso de sistemas eletrônicos, mensagens seguras e prontuário eletrônico para troca de informações sobre pacientes, alertas de segurança e protocolos.	NSP Informática	Até junho/2026	Todas as unidades de saúde	% de equipes usando sistemas corretamente auditoria de registros eletrônicos

Objetivo: Melhorar a Segurança na Prescrição, no Uso e na Administração de Medicamentos					
Ação	Método	Área Responsável	Prazo	Áreas Envolvidas	Monitoramento
1. Elaborar/manter atualizado o protocolo de cadeia terapêutica	Revisão periódica do protocolo, considerando atualizações de medicamentos, diluições, interações e alertas de segurança.	NSP / Divisão de Farmácia	Até março/2026	NSP, Divisão de Farmácia, Enfermagem, Médica, Odontológica	Evidência de publicação atualizada a cada 2 anos; registro de revisão
2. Padronizar a prescrição nas unidades de saúde	Uso do software de prescrição SigSaúde com campos obrigatórios, alertas de interações e padronização de nomenclatura	NSP / Áreas de interface	Até março/2026	Farmácia, Enfermagem, Médica, Odontológica, Informática	Percentual de receituários fora do padrão por unidade; auditoria trimestral
3. Padronizar a diluição de medicamentos	Elaboração e publicação de manual de diluição; treinamento dos profissionais sobre técnicas seguras.	NSP / Divisão de Farmácia	Até março/2026	Unidades de Saúde, Farmácia	Evidência de publicação; % de profissionais treinados; auditoria de aplicação correta nas UBS
4. Padronizar identificação, fluxo e controle de medicamentos de alta vigilância	Revisão e acompanhamento do protocolo; controle de estoque, registro de entrada/saída e rastreabilidade.	NSP / Divisão de Farmácia	Até março/2026	Farmácia, Unidades de Saúde, Informática	1) Evidência de publicação a cada 2 anos 2) Auditoria de implantação nas unidades; % de conformidade
5. Capacitação contínua das equipes	Treinamentos semestrais sobre prescrição segura, administração correta e prevenção de erros de medicação.	NSP / Educação Permanente	Até Primeiro Quadrimestre de 2026	Todas as unidades	Listas de presença; avaliação de conhecimento antes/depois do treinamento
6. Implementar dupla checagem de medicamentos de alto risco	Conferência obrigatória de dois profissionais antes da administração de medicamentos críticos.	NSP / Enfermagem	Até Primeiro Quadrimestre de 2026	Todas as unidades	% de administrações com dupla checagem registrada; auditoria mensal
7. Monitorar eventos adversos e incidentes	Registro de erros, quase-erro e eventos adversos no sistema; análise periódica e feedback às equipes.	NSP / Farmácia / Enfermagem	Até Primeiro Quadrimestre de 2026	Todas as unidades	Número de eventos por tipo; tempo médio de resposta; relatórios trimestrais

8. ACS nas visitas domiciliares	Orientar pacientes e familiares sobre horários, medicações, cuidados e identificação correta de medicamentos.	NSP / ACS	Até Primeiro Quadrimestre de 2026	Programa Saúde da Família / Atenção Domiciliar	Relatórios das visitas; % de pacientes orientados; registro de incidentes prevenidos
9. Revisar e atualizar fluxos de comunicação sobre medicamentos	Criar canais de comunicação rápida entre farmácia, enfermagem e médicos sobre alterações, alertas e contraindicações.	NSP Informática	Até junho/2026	Todas as unidades	Número de alertas comunicados; tempo médio de resposta; evidência de reuniões de alinhamento



Objetivo: Assegurar Cirurgia ou Procedimentos Invasivos no Local e no Paciente Correto					
Ação	Método	Área Responsável	Prazo	Áreas Envolvidas	Monitoramento
1. Elaborar protocolo de procedimentos invasivos ambulatoriais seguros	Adaptar o Protocolo de Cirurgia Segura da OMS para: 1) suturas realizadas nas UBS, 2) procedimentos odontológicos (extração, restauração, raspagem, etc.), 3) pequenas cirurgias ambulatoriais. Incluir etapas de identificação do paciente, do local, preparação de material e assepsia.	NSP / Coordenação Odontológica / Enfermagem	Até abril/2026	Odontologia, Enfermagem, Médica	Evidência de protocolo publicado; registro de implementação e treinamentos realizados
2. Implantar Checklist de Procedimento Seguro	Criar e aplicar checklist antes, durante e após o procedimento, incluindo: 1) confirmação de paciente correto, 2) confirmação do procedimento e local, 3) material preparado e esterilizado, 4) registros de observações pós-procedimento.	NSP	Junho/2026	Todas as UBS	% de procedimentos com checklist preenchido corretamente; auditoria semestral
3. Capacitar equipes sobre procedimentos seguros	Treinamentos práticos sobre checklist, técnicas de sutura, normas de biossegurança e assepsia em odontologia e pequenas cirurgias.	NSP / Educação Permanente	Até Primeiro Quadrimestre de 2026	Todas as UBS	Lista de presença avaliação de conhecimento antes/depois do treinamento; número de treinamentos realizados por ano
4. Envolver ACS nas visitas domiciliares	Orientar pacientes sobre cuidados pós-procedimento (curativos, sinais de alerta, higiene) e registrar seguimento no prontuário.	NSP / Programa Saúde da Família / ACS	Até Primeiro Quadrimestre de 2026	Todas as UBS	% de pacientes orientados; registro de acompanhamento domiciliar; ocorrência de complicações notificadas
5. Monitorar incidentes e eventos adversos	Registrar qualquer erro ou intercorrência durante suturas, extrações ou procedimentos invasivos; analisar causas e propor melhorias.	NSP / Enfermagem / Odontologia	Até Primeiro Quadrimestre de 2026	Todas as UBS	Número de incidentes por procedimento; tempo médio de resposta; relatórios trimestrais

6. Revisar e atualizar protocolos periodicamente	Avaliação semestral do protocolo de procedimentos invasivos e checklist, incorporando evidências científicas, alertas de vigilância sanitária e feedback das equipes.	NSP / Coordenação Odontológica / Enfermagem	A cada 2 anos ou quando necessário	Todas as UBS	Evidência de revisão; atas de reunião; implementação de ajustes
--	---	---	------------------------------------	--------------	---



Objetivo: Higienizar as Mãos para Evitar Infecções					
Ação	Método	Área Responsável	Prazo	Áreas Envolvidas	Monitoramento
1. Manter diretriz de Higiene de Mãos atualizada	Elaboração/revisão periódica de procedimentos com base nas recomendações da OMS e BOAS práticas de prevenção de infecção	NSP	Revisão a cada 2 anos	NSP	Evidência de publicação; registro de revisão; comunicação às unidades
2. Monitorar higiene das mãos	Observação direta com checklist dos 5 momentos da OMS; auditoria interna periódica	NSP	Até julho/2026	NSP, Unidades de Saúde	% de conformidade por unidade; compilação de dados trimestrais; gráficos comparativos
3. Monitorar uso de álcool gel e insumos para higiene das mãos	Avaliar durante visitas técnicas a disponibilidade, validade, quantidade e funcionalidade de dispensers e insumos, registrando por meio de protocolo virtual substituições/reposições por QRcode	NSP	Até Primeiro Quadrimestre de 2026	NSP, Gestores de contrato de limpeza	Relatório por unidade; % de unidades com abastecimento adequado; ações corretivas registradas
4. Capacitação contínua das equipes	Programas de treinamento sobre higiene de mãos, prevenção de infecção e técnicas corretas de lavagem	NSP / Educação Permanente	Até Primeiro Quadrimestre de 2026	Todas as UBS	Listas de presença; avaliação de aprendizado antes/depois; % de profissionais treinados
5. Ampliar a cultura de prevenção de infecção	Campanhas educativas periódicas (maio – Dia Mundial da Higiene das Mãos), palestras, materiais educativos e dinâmicas de conscientização	NSP	Maio/2026 e anual	Unidades de Saúde, ACS	Evidência de campanha; material educativo distribuído; número de eventos realizados
6. Retorno imediato e reforço positivo	Após auditorias, fornecer retorno individual ou coletivo às equipes sobre resultados e pontos de melhoria	NSP / Enfermagem / Coordenação	Até Primeiro Quadrimestre de 2026	Todas as UBS	Número de retorno realizados; melhorias observadas em auditorias subsequentes



7. Envolvimento das ACS nas visitas domiciliares	Orientar pacientes e familiares sobre higienização das mãos, uso correto de álcool gel, cuidados pós-consulta e prevenção de infecção	NSP / ACS / Programa Saúde da Família	Até Primeiro Quadrimestre de 2026	Unidades de Saúde / ACS	% de pacientes orientados; registro de visitas; monitoramento de incidentes preveníveis
8. Auditoria cruzada e indicadores mensais	Avaliação cruzada entre unidades para identificar boas práticas, falhas e oportunidades de melhoria	NSP	Até Primeiro Quadrimestre de 2026	Todas as UBS	Relatórios mensais; Gráficos comparativos; ações corretivas implementadas
9. Comunicação visual nas unidades	Colocação de cartazes, adesivos e instruções visuais em pontos estratégicos (lavatórios, dispensers)	NSP / Enfermagem	Até julho/2026	Todas as UBS	% de pontos com sinalização; inspeção durante visitas técnicas
10. Revisão e atualização de protocolos de prevenção	Incorporar novas evidências científicas e resultados de auditorias	NSP	A cada 2 anos ou quando Necessário.	Todas as UBS	Evidência de atualização; registro de reuniões e implementação
11. Garantir cumprimento das normas de apresentação pessoal (proibição de adornos, uso de calçado aberto).	Divulgação e fiscalização do POP de Higienização das Mãos e Biossegurança; inspeções visuais periódicas nas unidades; orientações contínuas às equipes sobre proibição de adornos (anéis, pulseiras, relógios, brincos, unhas postiças e strass) e uso obrigatório de calçado fechado, lavável e antiderrapante	NSP / Coordenação de Enfermagem / Segurança do Trabalho	Até julho de 2026	Todas as UBS e SAMU	Checklists de conformidade; relatórios de auditoria; registros fotográficos e relatórios de não conformidades; evidências de orientação às equipes. Orientação técnica Essa ação está amparada por: Meta 5 – Higienização das Mãos (OMS / MS); RDC nº 222/2018 – ANVISA (boas práticas de biossegurança);

					NR 32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde (uso de calçado fechado); POP de Higienização das Mãos Apresentação Pessoal do NSP.
12. Garantir o uso adequado de jalecos, EPIs e uniformes íntegros	Realizar inspeções periódicas nas unidades de saúde para verificar o uso de jalecos limpos e conservados, proibir roupas rasgadas e circulação sem EPI; promover orientações sobre troca e higienização correta dos jalecos e uniformes	NSP / Coordenação de Enfermagem / Segurança do Trabalho	Até Primeiro Quadrimestre de 2026	Todas as UBS	Relatórios de auditoria; registros de não conformidade; fotos de inspeção; listas de presença em treinamentos; comprovação de orientações e substituições



Objetivo: Reduzir Risco de Quedas e Lesões por Pressão e Reduzir Danos após Ocorrência dos Eventos					
Ação	Método	Área Responsável	Prazo	Áreas Envolvidas	Monitoramento
1. Elaborar e implantar o Protocolo de Prevenção e Manejo de Quedas	Construir protocolo com base nas diretrizes da OMS e ANVISA; validar com equipes das unidades; incluir orientações para o ambiente domiciliar.	NSP	Até Segundo Quadrimestre de 2026	Enfermagem, Médica, Odontologia, Programa Saúde do Idoso, Saúde Mental, ACS	% de unidades e domicílios acompanhados com protocolo implantado
2. Elaborar e manter atualizadas as Diretrizes para Prevenção de Lesões por Pressão (LPP)	Revisar e atualizar o protocolo; incluir orientações domiciliares (mudança de decúbito, hidratação, colchão adequado).	NSP	Até Segundo Quadrimestre de 2026	Unidades de Saúde, ACS	% de unidades com protocolo atualizado e ACS capacitados
3. Padronizar diretrizes para Tratamento de Lesões de Pele	Elaborar manual de condutas com orientações para profissionais e cuidadores; ACS orientam sobre sinais de alerta e encaminhamento precoce.	NSP	Até Segundo Quadrimestre de 2026	- Enfermagem, Unidades de Saúde, ACS	% de domicílios de acamados com visitas e orientações registradas
4. Ampliar a cultura de prevenção de quedas e LPP	Desenvolver e aplicar programa de capacitação semestral para toda a equipe (incluindo ACS); realizar campanhas educativas (novembro: quedas / dezembro: LPP).	NSP	Até Segundo Quadrimestre de 2026	Todas as Unidades de Saúde ACS	% de profissionais capacitados / nº de campanhas realizadas
5. Monitorar a ocorrência de quedas e LPP nas unidades e domicílios	Implantar registro padronizado de incidentes e visitas; ACS notifica situações de risco observadas em domicílio; NSP analisa casos mensalmente.	NSP / Enfermagem / ACS	Até Segundo Quadrimestre de 2026	Todas as Unidades de Saúde	Taxa de quedas e LPP por 1000 pacientes acompanhados / nº de notificações ACS

Objetivo: Limpeza de Superfícies e Saneantes					
Ação	Método	Área Responsável	Prazo	Áreas Envolvidas	Monitoramento
1. Elaborar e implantar o Protocolo de Limpeza e Desinfecção de Superfícies	Desenvolver protocolo conforme RDC 222/2018 e diretrizes da ANVISA; definir tipos de limpeza (concorrente, terminal e imediata) e áreas críticas, semicríticas e não críticas.	NSP Coordenação de Enfermagem	Abril/2026	Equipe de Higienização, Enfermagem, Farmácia, Controle de Infecção	% de unidades com protocolo implantado e atualizado
2. Padronizar o uso de saneantes e definir diluições seguras	Elaborar manual com saneantes autorizados pela ANVISA, diluições corretas, modo de preparo e armazenamento seguro; afixar tabela de diluições nas unidades.	NSP / Farmácia	Abril/2026	Higienização, Enfermagem em Segurança do Trabalho	% de unidades com tabela de diluição disponível e em uso
3. Capacitar as equipes de limpeza e demais profissionais sobre limpeza segura e uso de saneantes.	Realizar treinamentos práticos e teóricos semestrais sobre higienização, EPIs, diluições e riscos químicos.	NSP / Educação Permanente	Abril/2026	Higienização, Enfermagem, Manutenção, Farmácia	% de profissionais capacitados
4. Implantar checklist de limpeza de superfícies	Criar checklist diário (área, responsável, horário, assinatura) para garantir rastreabilidade e monitorar conformidade.	NSP / Enfermagem	Junho/2026	Higienização, Unidades de Saúde	% de áreas com checklist preenchido corretamente
5. Implementar rotina de monitoramento da limpeza (auditoria interna)	Avaliação mensal da limpeza (inspeção visual, fluorescência ou ATP quando disponível); registrar não conformidades e plano corretivo.	NSP	Abril/2026	Enfermagem, Higienização	Higienização % de conformidade nas auditorias
6. Garantir armazenamento e descarte adequado dos saneantes.	Implantar local exclusivo para armazenamento ventilado, sinalizado e com EPI disponível; revisar validade e descarte adequado.	NSP / Farmácia / Segurança do Trabalho	Junho/2026	Higienização, Unidades de Saúde	Nº de não conformidades em inspeções de armazenamento



Objetivo: Processamento de Materiais CME					
Ação	Método	Área Responsável	Prazo	Áreas Envolvidas	Monitoramento
1. Elaborar e implantar o Protocolo de Processamento de Materiais (CME)	Criar protocolo conforme RDC 15/2012, incluindo etapas de limpeza, preparo, esterilização, armazenamento e transporte.	NSP / Enfermagem	Até Agosto/2026	Unidades de Saúde, Controle de Infecção, Odontologia	% de unidades com protocolo mplantado e atualizado
2. Padronizar os fluxos de processamento e áreas físicas do CME	Adequar layout físico (fluxo unidirecional: sujo → limpo → esterilizado); revisar estrutura mínima (pia, bancadas, ventilação).	NSP / Coordenação de Enfermagem	Até Agosto/2026	Unidades de Saúde, Manutenção	Nº de não conformidades estruturais corrigidas ÷ Nº total de CME avaliados
3. Padronizar equipamentos e insumos utilizados no CME	Identificar e validar equipamentos (autoclaves, seladoras, testes biológicos e químicos); padronizar produtos de limpeza e desinfecção	NSP / Farmácia / Enfermagem	Até Agosto/2026	Controle de Infecção, Unidades de Saúde	% de unidades com equipamentos testados e validados
4. Capacitar profissionais de enfermagem e apoio sobre o processamento de materiais	Treinamentos semestrais (limpeza, embalagem, esterilização, monitoramento, EPIs, biossegurança).	NSP / Educação Permanente	Até Agosto/2026	Enfermagem, Higienização, Odontologia	% de profissionais capacitados
5. Implantar sistema de monitoramento do processo de esterilização	Utilizar indicadores físicos, químicos e biológicos; registrar resultados em planilha padronizada e arquivar relatórios.	NSP / Enfermagem	Até Agosto/2026	Todas as Unidades	% de ciclos com registros completos e sem falhas
6. Garantir rastreabilidade dos materiais esterilizados	Registrar entrada dos materiais; Identificar pacotes com data, lote, responsável e validade manter registro de distribuição.	NSP / Enfermagem	Até Agosto/2026	Todas as Unidades	% de materiais rastreáveis durante auditoria
7. Implantar rotina de manutenção preventiva das autoclaves	Definir cronograma semestral de manutenção preventiva e calibração com registro técnico.	Manutenção / NSP	Até Agosto/2026	Todas as Unidades	Nº de manutenções realizadas ÷ Nº programadas × 100

8. Realizar auditorias periódicas no CME	Auditoria semestral com checklist de conformidade; feedback às unidades com plano corretivo.	NSP / Controle de Infecção	Até Agosto/2026	Enfermagem, Odontologia	% de conformidade nas auditorias
--	--	----------------------------	-----------------	-------------------------	----------------------------------



Objetivo: SAMU					
Ação	Método	Área Responsável	Prazo	Áreas Envolvidas	Monitoramento
1. Promover a cultura de segurança entre as equipes	Campanhas educativas e rodas de conversa -Divulgação de boletins de segurança - Implantar o “momento segurança” em reuniões de equipe	Coordenação do SAMU / Gestão SMS	Contínuo	Todas as equipes operacionais	% de profissionais sensibilizados Avaliação da cultura de segurança (questionário anual)
2. Implementar protocolo de higiene das mãos	- Treinamento prático sobre os 5 momentos da OMS - Disponibilizar preparações alcoólicas nos veículos e bases - Auditorias observacionais trimestrais	NSP SAMU / Educação Permanente	Contínuo	Frota, Almoxarifado, Equipes de Atendimento	Taxa de adesão à higiene das mãos - Consumo de álcool gel por unidade
3. Reforçar a limpeza e desinfecção de superfícies e equipamentos	- Implantar checklists de limpeza nas ambulâncias e bases -Definir produtos e diluições padronizadas - Treinar equipes sobre técnicas corretas	NSP SAMU / CCIH / Coordenação de Enfermagem	Contínuo	Frota, Almoxarifado	% de checklists preenchidos Não conformidades identificadas nas inspeções
4. Fortalecer a comunicação efetiva entre equipes	- Treinar profissionais no uso do protocolo SBAR (Situação, Histórico, Avaliação, Recomendação como o paciente está no momento) - Padronizar passagem de plantão e comunicação com hospitais receptores - Incluir obrigatoriamente a informação sobre o tipo de isolamento (contato, respiratório, gotículas, etc.) durante a regulação e a transferência do paciente - Garantir registro dessa informação em formulários e relatórios	NSP SAMU / CCIH / Coordenação de Enfermagem	Fevereiro/2026	Equipes de plantão, Regulação Médica, Hospitais receptores	Regulação Médica, Hospitais receptores % de taxa de adesão SBAR % de comunicações Redução de falhas de comunicação notificadas
5. Estimular a notificação de incidentes e eventos adversos	- Implantar formulário eletrônico simples - Garantir sigilo e cultura não punitiva	NSP SAMU	Contínuo	Gestão SMS, TI	Nº de notificações mensais Tempo médio de

	- Analisar mensalmente as notificações e propor melhorias				retorno ao notificador
6. Monitorar riscos específicos do atendimento móvel (quedas, falhas de equipamentos, acidentes)	Mapear riscos prioritários; Realizar checagem diária de equipamentos	SAMU/ Coordenação de Frota	Contínuo	Frota, Enfermagem, Manutenção	Taxa de incidentes por tipo Conformidade nas checklists diárias
7. Uso racional de luvas e higiene das mãos	Usar luvas apenas quando houver contato com sangue, fluidos corporais, secreções, mucosas ou materiais potencialmente contaminados; higienizar as mãos antes de colocar e após retirar as luvas; promover campanhas educativas e auditorias de prática segura.	Controle de Infecção / Enfermagem / RH	Contínuo	Secretaria de Saúde / Educação Permanente	Auditorias mensais; observação direta das práticas; registro de não conformidades; avaliação anual de adesão.



Objetivo: Frota Ambulância Social Município de Itaipulândia					
Ação	Método	Área Responsável	Prazo	Áreas Envolvidas	Monitoramento
1. Manutenção preventiva e corretiva das ambulâncias	Elaborar cronograma mensal de revisão mecânica e elétrica; registrar em planilha de controle.	Setor de Transportes / Manutenção	Até Fevereiro/2026	Secretaria de Saúde / Oficina contratada	Verificação de registros de manutenção; conferência de quilometragem e relatórios de vistoria.
2. Higienização e desinfecção das ambulâncias	Limpeza diária após cada transporte; desinfecção com produtos adequados segundo RDC nº 222/2018 (Anvisa)	Equipe de Apoio / Motoristas	Até Fevereiro/2026 Diária e após cada transporte	Controle de Infecção	Check-list diário de limpeza; supervisão semanal; registro fotográfico se necessário.
3. Conferência de materiais e equipamentos	Utilizar checklist padrão de materiais (macas, cilindros de O ₂ , medicamentos, materiais, EPIs etc.); reposição imediata quando necessário.	Motoristas / Enfermagem	Até Dezembro/2025 Antes de cada turno	Farmácia Municipal / Almojarifado /	Auditoria quinzenal dos checklists; relatórios de inconsistências.
4. Capacitação dos motoristas e equipe de apoio	Treinamentos sobre condução segura, primeiros socorros e segurança do paciente.	Educação Permanente em Saúde	Até Fevereiro/2026 Semestral	Secretaria de Saúde / SAMU (parceria)	Avaliação de desempenho e lista de presença em treinamentos.
5. Controle de uso e agendamento das ambulâncias	Implantação de sistema de registro e controle de viagens, com relatórios mensais de uso.	Coordenação da Frota	Até Dezembro/2025 Contínuo	Secretaria de Saúde / Setor Administrativo	Relatórios mensais revisados pela gestão.
6. Cuidados com o paciente durante o transporte	Garantir posicionamento seguro, uso de cintos, comunicação empática, sigilo e conforto térmico; seguir protocolos de segurança do paciente e biossegurança.	Equipe de Enfermagem / Motoristas	Até Dezembro/2025 Contínuo	Secretaria de Saúde / Controle de Infecção / Educação Permanente	Supervisão de campo; fichas de transporte com registro de intercorrências; valiação de satisfação dos pacientes.

7. Higiene das mãos e uso racional de luvas	Implantar protocolo baseado nos “5 Momentos para Higienização das Mãos” (OMS); reforçar que o uso de luvas não substitui a higienização; promover campanhas educativas e auditorias de prática segura.	Controle de Infecção / Enfermagem	Até Fevereiro/2026 Contínuo	Secretaria de Saúde / Educação Permanente /	Auditorias mensais; observação direta das práticas; registro de não conformidades; avaliação anual de adesão.
---	---	-----------------------------------	--------------------------------	---	---

12. REFERÊNCIAS

ANVISA. **RDC nº 2, de 25 de janeiro de 2010. Dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos de saúde.** MS. DOU: Brasil: 79 p. 2010.

Brasil. Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria. **Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde.** Brasília: Anvisa, 2017.

.Pós-comercialização/ Farmacovigilância. 2013a. Disponível em: < <http://www.anvisa.gov.br> >. **RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013.** DOU: Brasil. 143: 33-34 p. 2013.

COELHO, H. L. L. Farmacovigilância: um instrumento necessário. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, n. 4, p.871-875, 1998.

OMS. **A importância da Farmacovigilância.** OPAS. Brasília: OMS/OPAS 2005.

SESDF. **Portaria nº 169, de 17 de agosto de 2012.** DODF: Governo do Distrito Federal. 168: 5-7 p. 2012.

. **Ordem de Serviço nº 06, de 30 de abril de 2013.** DODF: GDF. 2013: 42 p. 2013.

Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. **The assessment of adverse events in hospitals in Brazil.**

Int J Qual Health Care 2009; 21:279-84

PORTARIA Nº 529, DE 1º DE ABRIL DE 2013. - **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente(PNSP).**

ANVISA. Manual. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. <https://www.gov.br/anvisa/pt-> . Acesso em janeiro de 2025.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC nº.36, de 25 de julho de 2013. **Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.** Diário Oficial da União, 26 jul 2013.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde.** Brasília: Anvisa, 2017.

Runciman W, Hibbert P, Thomson R, Van Der Schaaf T, Sherman H, Lewalle P. **Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms.** Int J Qual Health Care 2009; 21:18-26.

Wachter, Robert M., **Compreendendo a Segurança do Paciente.** Artmed, 2010

World Health Organization/World Alliance for Patient Safety. **Summary of the evidence on patient safety: implications for research. The Research Priority Setting Working Group of the World Alliance for Patient Safety.** Geneva: World Health Organization; 2008.

Proqualis (FIOCRUZ) - [http://proqualis.net/Relatório Técnico OMS 2009](http://proqualis.net/Relatório_Técnico_OMS_2009). **Classificação Internacional sobre Segurança do Paciente**

Mendes W, Pavão ALB, Martins M, Moura MLO, Travassos C. *Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro.* Rev Assoc Med Bras. 2013;59(5):421-8

Elaboração

Maria Isabel de Freitas
Coordenadora do Núcleo de Segurança do Paciente

Aprovação

Fernando Antunes
Secretário Municipal da Saúde de Itaipulândia - Paraná

Itaipulândia, 02 de julho de 2025.

13- ANEXOS

Anexo 1 - Lista de *Never Events* que devem ser notificados no Sistema de informações da Anvisa. (Fonte: Notivisa/Anvisa - Módulo Assistência à Saúde, 2021)

- Óbito ou lesão grave de paciente associados a choque elétrico durante a assistência dentro do serviço de saúde
- Procedimento cirúrgico realizado em local errado
- Procedimento cirúrgico realizado no lado errado do corpo
- Procedimento cirúrgico realizado no paciente errado
- Realização de cirurgia errada em um paciente
- Retenção não intencional de corpo estranho em um paciente após a cirurgia
- Óbito intra-operatório ou imediatamente pós-operatório / pós-procedimento em paciente ASA Classe 1
- Óbito ou lesão grave de paciente resultante de perda irreversível de amostra biológica insubstituível
- Gás errado na administração de O2 ou gases medicinais
- Contaminação na administração de O2 ou gases medicinais
- Alta ou liberação de paciente de qualquer idade que seja incapaz de tomar decisões, para outra pessoa não autorizada
- Óbito ou lesão grave de paciente associado à fuga do paciente
- Suicídio de paciente, tentativa de suicídio ou dano autoinfligido que resulte em lesão séria durante a assistência dentro do serviço de saúde
- Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de contenção física ou grades da cama durante a assistência dentro do serviço de saúde
- Óbito ou lesão grave materna associado ao trabalho de parto ou parto em gestação de baixo risco
- Óbito ou lesão grave de paciente resultante de falha no seguimento ou na comunicação de resultados de exame de radiologia

- Óbito ou lesão grave de paciente associados à queimadura decorrente de qualquer fonte durante assistência dentro do serviço de saúde
- Úlcera (lesão) por pressão estágio III (perda total de espessura tecidual – tecido adiposo subcutâneo pode ser visível, sem exposição dos ossos, tendões ou músculos)
- Úlcera (lesão) por pressão estágio IV (perda total de espessura dos tecidos com exposição dos ossos, tendões ou músculos)



ANEXO 14: Ficha de Notificação de Incidentes Relacionados a Medicamentos

1 – Dados do Paciente:

Numero do cadastro: _____ Data do evento: ____/____/____ Horário: ____:____

Local: _____

Identificação do produto (nome/fabricante/lote): _____

2 – Tipo de evento:

- | | |
|---|---|
| ☐ Reação adversa* | ☐ Interação medicamentosa |
| ☐ Falha na prescrição | ☐ Inefetividade terapêutica |
| ☐ Atraso na medicação | ☐ Horário errado |
| ☐ Falha de checagem | ☐ Preparo errado |
| ☐ Checagem sem administração | ☐ Queixa técnica (desvio de qualidade) |
| ☐ Administração em paciente errado | ☐ Outros. _____ |
| ☐ Administração de dose errada | |
| ☐ Troca de medicamento | |
| ☐ Administração em via errada | |

3 – Descreva como o evento aconteceu:

4 – Profissional envolvido:

- | | |
|--|---------------------------------------|
| ☐ Enfermeiro | ☐ Médico |
| ☐ Técnico de Enfermagem | ☐ Farmacêutico |



() Outro _____

5 – Ações Imediatas: _____

6 – Ações Preventivas (barreiras que deverão ser implementadas para que a falha não ocorra novamente:

Em caso de reações de medicações em pacientes (Item 2), foi comunicado e notificado à Divisão de Farmácia?

() SIM () NÃO

Notificante: _____



FOLDER INFORMATIVO ENTREGUE PELO NSP 2025

NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

🌱 O que é o NSP?

O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) atua para prevenir erros e danos evitáveis nos atendimentos da Atenção Primária. Seu objetivo é garantir um cuidado seguro, ético e de qualidade, fortalecendo a cultura de segurança entre profissionais e comunidade.

Criado pela Portaria nº 529/2013 do Ministério da Saúde, o NSP orienta, monitora e capacita equipes de saúde.

Importância do NSP na Atenção Primária

Na Atenção Primária, o vínculo entre equipe e paciente é contínuo, por isso, a segurança deve estar presente em cada etapa do cuidado: desde a recepção até o acompanhamento do tratamento.

O NSP tem papel fundamental em:

- Identificar falhas nos processos de trabalho;
- Garantir que protocolos e boas práticas sejam seguidos;
- Orientar a equipe multiprofissional sobre riscos e medidas preventivas;
- Promover cultura de segurança, incentivando a comunicação aberta e sem punições.

A presença ativa do NSP fortalece a confiança da comunidade e reduz incidentes que podem comprometer a saúde e a integridade dos pacientes.

🏠 Avaliação Domiciliar

Durante as visitas, a equipe deve verificar:

- Riscos de quedas (tapetes, escadas, pisos irregulares);
 - Uso e armazenamento de medicamentos;
 - Higiene e ventilação adequadas;
 - Barreiras arquitetônicas e iluminação.
- Essas observações ajudam a prevenir acidentes e melhorar o cuidado.

👤 O papel do Agente Comunitário de Saúde (ACS)

O ACS é essencial no NSP, pois identifica riscos e orienta a comunidade durante visitas domiciliares.

Ele observa condições inseguras, como risco de quedas, uso incorreto de medicamentos, higiene precária ou falta de acessibilidade, e comunica à equipe.

💬 O ACS é a ponte entre o paciente, a equipe e o cuidado seguro.

Metas Internacionais de Segurança do Paciente

As metas de segurança orientam práticas essenciais para reduzir riscos e proteger os pacientes. São seis metas principais:

1. Identificar corretamente o paciente – usar pelo menos dois identificadores (nome completo e data de nascimento).
2. Melhorar a comunicação entre profissionais de saúde – transmitir informações com clareza e confirmar dados importantes.
3. Melhorar a segurança na prescrição e uso de medicamentos – checar doses, horários e nomes dos medicamentos antes da administração.
4. Assegurar cirurgias com local, procedimento e paciente corretos – confirmar todas as etapas antes de iniciar.
5. Reduzir o risco de infecções associadas ao cuidado – higienizar corretamente as mãos e seguir os protocolos de assepsia.
6. Prevenir quedas e lesões decorrentes de pressão – identificar pacientes em risco e aplicar medidas preventivas.



FOLDER INFORMATIVO ENTREGUE PELO NSP 2025

NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A importância de notificar
Notificar é um ato de responsabilidade e aprendizado.
A notificação permite que o NSP analise o caso, promova melhorias e evite novas ocorrências.
O responsável pela realização da notificação é o enfermeiro da instituição.
Notificar é cuidar.

O que é: Incidente, Evento Adverso e Near Miss

- Incidente: Situação que poderia ter causado ou causou dano ao paciente.
- Evento Adverso: Dano real causado por falha no cuidado.
- Near Miss: Erro que foi interceptado a tempo, sem causar dano.
- Incidente sem dano: Ocorreu, mas não gerou prejuízo ao paciente.

Classificação dos eventos adversos:

- Leve: sem dano permanente.
- Moderado: requer intervenção ou observação.
- Grave: causa incapacidade temporária ou permanente.
- Letal: resulta em óbito.

Previsibilidade e Causalidade
Os eventos adversos também podem ser classificados pela previsibilidade e causalidade:

- Esperado: decorrente de um risco conhecido ou inerente ao tratamento.
- Inesperado: não previsto, fugindo ao padrão do cuidado habitual.
- Causalidade: quando há relação direta entre a ação ou omissão da equipe e o evento ocorrido.

Incidentes e Eventos Adversos Notificáveis

- Erros de medicação: dose, via, horário ou paciente incorreto.
- Troca de identificação: etiquetas, prontuário ou atendimento do paciente errado.
- Quedas durante o atendimento ou transporte.
- Falhas em procedimentos: curativos, coletas, sondagens, imunização.
- Infecções associadas ao cuidado ou falta de higiene das mãos.
- Equipamentos com defeito ou mau uso.
- Falhas na comunicação entre profissionais ou com o paciente.
- Riscos detectados em domicílio: quedas, uso incorreto de medicamentos, falta de acessibilidade.

Todo evento que possa causar dano deve ser notificado. Notificar é prevenir.

Incidentes, Eventos Adversos e Near Miss – Exemplos

- Incidente: erro que poderia causar dano, mas causou ou não causou.
- Exemplo: troca de medicação identificada logo após a entrega.
- Evento Adverso: erro que causou dano real ao paciente.
- Exemplo: queda durante o atendimento que resultou em lesão.
- Near Miss (quase erro): erro evitado a tempo, sem causar dano.
- Exemplo: enfermeiro percebe o nome errado no rótulo antes de aplicar o medicamento.

Todo incidente, mesmo sem dano, deve ser notificado — é assim que se previnem novos erros.